

# 臺北市身心障礙者醫療輔助器具費用補助申請書

111.9.21修訂

身心障礙者姓名		身分證 統一編號									
出生 年月日	民國(前)____年____月____日			聯絡電話		(H)					
障礙 類別	第_____類	障礙 等級	_____度	傳真電話		(O)					
戶籍 地址	<input type="checkbox"/> □□□--□□□										
公文送 達處所	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 地址：										
申請輔具 項目	1.項目_____		2.項目_____								
	3.項目_____		4.項目_____								
經濟 狀況	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶		居住地電號	(計畫性工作停限電時，為優先通知對象)							
申請 資格	1.設籍本市，最近1年居住國內達183日，且領有身心障礙證明。 2.補助對象已接受衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部國民健康署或其他相關同項補助者(如：罕見疾病醫療補助專案、全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫…等)，不得重複申請本表之補助項目。 3.限居家自我照顧所需者申請。 4.其他：詳見衛生福利部訂定之「身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法」(以下簡稱本辦法)及「醫療復健費用及醫療輔具補助標準表」(以下簡稱標準表)及其他相關規定。										
應備 文件	<input type="checkbox"/> 1.國民身分證正反面影本。 <input type="checkbox"/> 2.身心障礙證明正反面影本。 <input type="checkbox"/> 3.3個月內相關專科醫師診斷證明書正本(註明症狀及所須輔具名稱)。 <input type="checkbox"/> 4.3個月內醫療輔具評估報告書正本(申請人應自存影本1份以利購置輔具)。 <input type="checkbox"/> 5.委託書(委託辦理者須附委託書及受託人身分證正反面影本)。 <input type="checkbox"/> 6.低收或中低收入戶證明影本(低收或中低收入戶申請者須檢附)。 (3-6項係依申請項目檢附不同之文件，應備文件係依本辦法、標準表及其他相關規定)										
注意 事項	1.申請之輔具項目須已超過前次申請該項輔具之補助年限， <b>每人每2年度以申請4項輔具補助為限(合併生活輔具補助項次計算，不包含診斷證明書費及醫療輔具評估報告費)</b> 。 「每人每2年度以申請4項輔具」計算基準舉例如下： (1)某甲於110年申請1項，則111年可申請3項，112年則可申請1項。 (2)某乙於110年申請4項，111年不可申請，112年則可申請4項。 2.標準表之醫療輔具編碼7至9項得以租賃方式為之 3.以詐術或其他不法行為申請或領取補助者，本市將不予補助或停止補助，已補助者本市將追回之。涉及刑責者移送司法機關辦理。 4.輔具項目按標準表規定，若需檢附醫師診斷書及評估建議書者，請先依醫師診斷、治療師評估建議後依其建議事項購買， <b>若已先購買輔具再開立評估建議書者，不予補助</b> 。 ※本人(受託人)已詳閱本表並確實填寫(提供)上述資料無誤，如有不實，除停止本補助外，已撥付之款項應全數繳回，如涉及不法者，依法辦理。另本人(受託人)所申請項目並未超過「每人每2年度以申請4項輔具補助」之規定，如有不實，除停止本補助外，已撥付之款項應全數繳回。 (蓋章處) 本人(或受託人)簽章：_____  申請日期：_____年_____月_____日										

辦理方式：臨櫃(本府市政大樓1樓北區聯合服務中心)、郵寄或線上申辦。

郵寄地址：110008臺北市信義區市府路1號西南區2樓(臺北市政府衛生局長期照護科收)。

諮詢電話：1999(外縣市請撥02-27208889)轉7082 陳小姐

線上申請

